

CONSIDÉRATIONS SUR L'AMIBIASE HÉPATIQUE (A PROPOS DE 32 CAS)

TRAVAIL EFFECTUE
DANS LE SERVICE DE MEDECINE
DE L'HOPITAL MILITAIRE DE METZ

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charley BENKEMOUN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 30 Avril 1928, à TLEMCEM (Oran)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

1955

CONSIDERATIONS SUR L'AMIBIASE HEPATIQUE

(A PROPOS DE 32 CAS)

CONSIDÉRATIONS SUR L'AMIBIASE HÉPATIQUE (A PROPOS DE 32 CAS)

TRAVAIL EFFECTUE
DANS LE SERVICE DE MEDECINE
DE L'HOPITAL MILITAIRE DE METZ

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charley BENKEMOUN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 30 Avril 1928, à TLEMCEN (Oran)



LYON
BOSC Frères
Imprimeurs-Editeurs
42, quai Gailleton, 42

—
1955

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. LEPINE. | Doyen. M. HERMANN.
Assesseur. M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

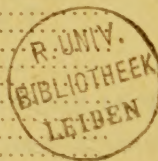
MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL,
LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND MAZEL, LEULIER.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.
Clinique médicale B.
Clinique chirurgicale A.
Clinique chirurgicale B.
Clinique ophtalmologique.
Clinique urologique.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.
Clinique dermatologique et syphiligraphie.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.
Clinique gynécologique.
Clinique obstétricale.
Clinique stomatologique.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.
Clinique oto-rhino-laryngologique.
Physiologie.
Anatomie pathologique.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.

MM. FROMENT.
P. RAVAULT.
SANTY.
WERTHEIMER.
BONNET.
CIBERT.
DUFOUT.
GATE.
DECHAUME.
SEDALLIAN.
GUILLEMINET.
POLLOSSON.
PIGEAUD.
DUCLOS.
BERNHEIM.
MAYOUX.
HERMANN.
MARTIN J.-F.
PONTTHUS.
(détaché à Beyrouth)
GARIN.
ROCHET.
CHAMBON.
JOSSEFAND.
DELORE.
GABRIELLE.
CROIZAT.
ENSELME.
MALLET-GUY.
NOEL.
REVOL.
BOURRET.
LEVRAT.
SOHIER.
JOURDAN.
BERTRAND.
NETIEN.
BADINAND.
ROCHE.
DREVON.

Parasitologie et pathologie exotique.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.
Chimie organique et toxicologie.
Pathologie générale et expérimentale.
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale.
Anatomie.
Pathologie interne.
Chimie biologique et médicale.
Pathologie chirurgicale.
Histologie.
Pharmacie galénique et matière médicale.
Médecine du Travail.
Thérapeutique.
Hygiène et action sanitaire et sociale.
Biologie médicale et pharmacodynamie.
Propédeutique chirurgicale.
Botanique et cryptogamie.
Chimie analytique pharmaceutique.
Médecine légale et déontologie.
Pharmacie et pharmacologie.



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique. M. BANSSILLON | Physique biologique. M. BERGER.

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Parasitologie. MM. COUDERT. | Bactériologie. MM. BERTOYE A.
Parasitologie. ROMAN. | Physiologie. CHATONNET.
Histologie. X... | Physiologie. CIER.
Biochimie médicale. CREYSSEL R.

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale MM. BRUN. | MM. Orthopédie. MARION Joseph.
Pathologie médicale GIRARD M. | Obstétrique. BROCHIER.
Pathologie médicale GIRARD P. | Obstétrique. MAGNIN.
Pathologie médicale JEUNE. | Obstétrique. MATHIEU J.
Pathologie médicale VACHON. | Anatomie pathologique. GUICHARD.
Pathologie médicale GALLY. | Anatomie. LATARJET.
Pathologie médicale GONIN. | Urologie. PERRIN.
Pathologie chirurgicale. BERARD. | Ophtalmologie. PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale. DESJACQUES. | Neuro-chirurgie. LECUIRE.
Pathologie chirurgicale. LABRY. | Oto-rhino-laryngologie. X...
Pathologie chirurgicale. TRILLAT. | Dermato-syphiligraphie. THIERS.
Pathologie chirurgicale. DARGENT. | Médecine légale et Médecine du Travail. X...

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGÉ

Hygiène. M. BÉNAZET. | Pharmacie et Pharmacologie M. CIER André.
Histologie. M. DUMONT Louis. | Chimie organique
Physique et Biologie. M. MORET. | et Toxicologie. M. PERROT Louis.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président: M. SOHIER ; Assesseurs : MM. GIRARD M.,
VACHON et BÉNAZET.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MERE, A MON PERE

A MA FEMME

A MA BELLE-MERE, A MON BEAU-PERE

A MES FRERES, A MES BELLES-SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOHIER

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la Présidence de cette thèse ;
qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre reconnaissance.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. GIRARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VACHON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BENAZET

Hommages respectueux.

A NOTRE MAITRE :

MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT Georges ABLARD

Médecin des Hôpitaux Militaires

Nous avons eu la chance de passer une année entière dans son service, année qui restera comme l'une des plus profitables de nos études. Il nous a toujours réservé un accueil paternel, nous a fait profiter de son enseignement et n'a ménagé pour nous ni sa peine, ni ses conseils.

Il a bien voulu nous confier ce travail et nous guider tout au long de sa réalisation ; qu'il trouve ici l'expression de notre très vive gratitude et respectueux attachement.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

A NOS CHEFS

AU PERSONNEL
DE L'HOPITAL MILITAIRE LEGUEST (METZ)

INTRODUCTION

Notre attention ayant été attirée par quelques cas d'hépatites amibiennes sans stigmates hématologiques que nous avons observées ces derniers temps dans le service de Médecine Générale de l'Hôpital Militaire Legouest, de Metz, nous avons eu l'idée de rassembler les observations d'hépatites amibiennes traitées au cours des cinq dernières années.

Le dépouillement de ces 32 observations nous a montré la fréquence et l'intérêt des formes atypiques d'hépatites amibiennes, non seulement à ce seul point de vue de l'hématologie, mais encore sur le plan de leur aspect clinique.

De nombreux auteurs ont insisté sur les aspects multiformes et trompeurs de cette affection. Notre travail tentera de placer dans le cadre de ces formes cliniques, les cas d'hépatites amibiennes sans signes hématologiques en nous limitant aux malades qui furent traités dans les services de l'Hôpital Militaire Legouest, et plus particulièrement dans le service de Médecine Générale (Chef de Service, Monsieur le Médecin-Commandant Ablard).

Au cours de notre étude, nous avons été amenés à adopter une classification assez artificielle de ces formes cliniques pour nous permettre de placer chacun de nos malades sous une rubrique, classification inspirée en majeure partie de Blanc et Siguier. Nous en donnons le détail ci-dessous. Elle permet de ranger les hépatites amibiennes sous trois chefs différents, selon que l'on considère les lésions anatomiques qu'elles provoquent, l'aspect clinique qu'elles prennent, ou enfin leurs modalités évolutives sous l'action de la thérapeutique. A ce propos, « en forçant à

peine notre pensée, nous dirions volontiers qu'il n'est en pratique que deux grands types d'amibiase hépatique : l'émétino-curable et l'émétino-résistante » (Blanc et Siguiér).

CLASSIFICATION ANATOMIQUE

- Formes congestives ;
- Formes suppurées ;
- Cirrhose amibienne.

CLASSIFICATION CLINIQUE

A. — Les manifestations hépatiques habituelles de l'amibiase intestinale.

B. --- L'amibiase hépatique proprement dite, comprenant des formes simples et des formes suppurées, se présentant sous leurs aspects classiques connus.

C. — Variantes cliniques :

a) Symptomatiques :

- formes frustes ;
- formes respiratoires ;
- formes pseudo-septicémiques ;
- formes sans stigmates hématologiques.

b) Topographiques :

- formes à évolution vers le thorax ;
- formes du lobe gauche ;
- formes à évolution antéro-inférieure à type de cholécystite ;
- formes à évolution postéro-inférieure à type de phlegmon périnéphrétique.

c) Evolutives :

- suraiguës « le fulminating abcess » de Rogers ;
- subaiguës ou récidivantes ;
- chroniques : cirrrose amibienne ;
abcès chronique ;
formes cachectisantes :
pseudo-cancéreuses ;
pseudo-tuberculeuses ;
formes anémiques.

CLASSIFICATION THÉRAPEUTIQUE

- Formes émetino-curables ;
- Formes émetino-résistantes.

Nous résumerons tout d'abord les observations plus ou moins succinctement, selon l'intérêt qu'elles susciteront. Dans un second chapitre, nous développerons à l'aide de ces observations et parfois d'observations empruntées à d'autres auteurs, les différentes parties de la classification en insistant plus particulièrement sur les formes sans stigmates hématologiques et nous terminerons par quelques déductions pratiques concernant le diagnostic et la thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

RESUME DES OBSERVATIONS (1)

N° 1. — *G... Léon* : Maréchal des Logis de 23 ans, rapatrié récemment d'Indochine, aucun antécédent amibien.

A l'entrée et depuis 3 jours, il présente une température à 39° isolée. L'examen ne permet de mettre en évidence qu'une vésicule palpable, dure, très sensible, avec un signe de Murphy très positif. Le foie, par ailleurs, est indolore et de volume normal. N.F. : leucocytose et polynucléose neutrophile importantes.

Après hémocultures, coprocultures, bilicultures négatives, on prescrit un traitement émétinien d'épreuve qui permet de confirmer le diagnostic d'hépatite amibienne aiguë à forme uniquement fébrile.

N° 2. — *D... Jules* : Lieutenant de 39 ans, rapatrié récent d'Indochine où il n'a présenté aucune manifestation d'amibiase.

Depuis huit jours, selles fréquentes muco-sanglantes et depuis quatre jours, température à 39°, accompagnant une hépatalgie spontanée intense.

A l'entrée, température à 39°5, trois selles quotidiennes muco-sanglantes. Hépatomégalie douloureuse à la palpation, la palpation des espaces intercostaux sur la ligne axillaire provoque des douleurs vives, la manœuvre de l'ébranlement est

(1) Si dans certaines observations, surtout les plus anciennes, des détails importants manquent, c'est qu'ils ne figurent pas dans les dossiers que nous possédons. En particulier, des renseignements précis concernant les antécédents de nos malades manquent souvent. En effet, beaucoup reviennent d'Indochine; chez eux, la primo-infection amibienne a été traitée dans les difficiles conditions de campagne, voire même en captivité, ce qui explique que leurs antécédents n'aient pu être, dans tous les cas, décrits avec la précision souhaitable.

très positive. N.F. : hyperleucocytose et polynucléose neutrophile très marquées.

On met le malade au traitement associé : émétine, strychnine, conessine, phénergan, gardénal et calcium. On note après 6 jours une température stabilisée entre 37°5 et 38° ; les douleurs spontanées ont disparu, la M. de l'E. (1) est négative. Cependant, à la pression des 9^e et 10^e espaces intercostaux droits, on trouve toujours un point douloureux net. Le chirurgien consulté écarte la possibilité d'un abcès hépatique et prescrit la poursuite du traitement institué initialement. Quelques jours après, le malade apyrétique présente 5 à 6 selles diarrhéiques quotidiennes, les nombreux examens coprologiques sont négatifs. On ajoute alors pénicilline et ganidan. Le malade quitte le service 12 jours après, cliniquement guéri avec stovarsol et direxiodé comme traitement d'entretien. Les examens biologiques sont normalisés.

N° 3. — *T... André* : Gendarme de 26 ans, pendant son séjour en Indochine, aurait fait en 1948 une dysenterie amibienne, en 1950 une hépatite amibienne traitée par émétine, stovarsol, mixiod, ganidan. Après quelques mois d'amélioration clinique, le sujet se présente à nous.

Depuis 3 jours, il présente une température à 39° accompagnée de douleurs vives de l'hypocondre droit. A l'examen, on note une hépatomégalie douloureuse, la M. de l'E. positive. N.F. : très forte hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile importante. Après une cure émétiennne, le malade quitte le service très amélioré avec cependant, une hyperleucocytose légère.

Six mois après, il est hospitalisé d'urgence dans le service de chirurgie pour syndrome péritonéal. L'intervention permet, après extériorisation d'une quantité abondante de pus chocolat, de mettre en évidence un abcès volumineux du lobe gauche du foie. On associe à la cure chirurgicale émétine et auréomycine. Après un mois d'hospitalisation, il quitte le service cliniquement guéri.

N° 4. — *F... Auguste* : Sergent-major de 38 ans. Amibiase intestinale ancienne contractée en Indochine, dernière rechute il y a 4 mois.

Le malade entre dans le service parce que, depuis 2 jours,

(1) Nous utiliserons dorénavant cette abréviation pour désigner la manœuvre de l'ébranlement.

il présente une température autour de 39°, des douleurs au niveau de l'hypocondre droit ; son état général est très altéré. L'examen permet de déceler une hépatomégalie douloureuse, la M. de l'E. est à peine positive. La N.F. montre une leucocytose et polynucléose neutrophile légèrement augmentées.

Le traitement éméтинien provoque une ascension thermique fugace de 1° avec accentuation nette de la leucocytose et polynucléose sanguines ; on assiste à une disparition rapide de tous les symptômes cliniques et biologiques. On consolide la guérison par une cure de conessine.

N° 5. — *B... Yves* : Adjudant de 33 ans, a fait une première manifestation d'amibiase hépatique en juillet 1950 à Saïgon. En septembre 1950, forme suppurée ayant nécessité une évacuation chirurgicale du pus amibien hépatique. Rechute simple en novembre 1950.

La quatrième rechute a lieu en janvier 1951, alors que le malade se trouve dans le service pour subir une expertise en vue de sa présentation devant la commission de réforme. A son entrée, il est apyrétique et en bon état général. Le foie est indolore, la M. de l'E. est négative.

N. F. :	G.R. 4.880.000	Poly. neutro.	66 %
	G.B. 11.600	Poly. éosino.	0 %
		Lymphocyte	30 %
		Monocyte	4 %

Trois jours après, apparition progressive d'une température qui va monter jusqu'à 38°9, parallèlement douleur spontanée de l'hypocondre droit, M. de l'E. très positive.

N. F. :	G.R. 4.080.000	Poly. neutro.	74 %
	G.B. 12.600	Poly. éosino.	1 %
		Lymphocyte	15 %
		Monocyte	10 %

Après une semaine de traitement éméтинien, amélioration clinique et biologique.

Le malade est revu un mois après sa sortie ne se plaignant d'aucune douleur, apyrétique, mais avec une hyperleucocytose et polynucléose neutrophile sanguines importantes. Depuis, rendu à la vie civile, nous l'avons perdu de vue.

N° 6. — *B... Maurice* : Sergent de 27 ans, a présenté une amibiase d'emblée intestinale et hépatique l'année dernière avec de nombreuses rechutes.

Depuis 5 jours, on assiste à un nouvel épisode aigu : tem-

pérature à 39°3, état général médiocre, à l'examen hépatomégalie douloureuse avec points douloureux intercostaux à la pression digitale, M. de l'E. positive, hyperleucocytose et polynucléose neutrophile sanguines marquées. Tous les examens coprologiques sont restés négatifs.

On le traite par l'association émétine conessine et l'on obtient la disparition rapide des symptômes cliniques et biologiques.

N° 7. — *P... Louis* : Maréchal des logis, amibien ancien.

Depuis quelques jours, apparition de température, 38°-39°, asthénie et douleurs de l'hypocondre gauche, puis droit. Le malade a maigri d'une douzaine de kilos ces derniers temps. On note une hépatomégalie douloureuse avec douleur provoquée dans l'hypocondre gauche. Hyperleucocytose et polynucléose neutrophile sanguines importantes.

Après une cure émétiennne, on obtient une guérison clinique et biologique.

N° 8. — *B... Daniel* : Gendarme de 29 ans, amibien ancien dont le dernier épisode remonte à 4 ans.

Depuis 2 semaines, il présente un état subfébrile avec une hépatalgie intense. A l'entrée, asthénie importante, température entre 37°8 et 38°5, hépatomégalie légère, douloureuse à la palpation et M. de l'E. positive. La vitesse de sédimentation globulaire est très accélérée : 115/129. N.F. : 20.000 G.B. avec 85 % P.N.

Après un traitement émétine, pénicilline, auréomycine, on ne note aucune amélioration, persistance du syndrome douloureux, la N.F. montre 18.000 G.B. et 85 % P.N. La radioscopie permet de voir une coupole diaphragmatique droite surélevée et immobile. On entreprend alors une cure de roquessine avec calcium, phénergan, gardénal qui amène la guérison clinique et biologique.

N° 9. — *R... Marcel* : Adjudant de 31 ans, amibien ancien.

Depuis une semaine, il est fébrile et se plaint de douleurs au niveau de l'hypocondre droit. A l'entrée, état général médiocre, il a maigri de 6 kg. en 15 jours, sa température est à 38°2. Il présente une hépatomégalie débordant de 4 travers de doigt le rebord costal, spontanément douloureuse et très douloureuse à la palpation. N.F. : 24.000 G.B. et 79 % P.N. A la radioscopie, le sinus costo-diaphragmatique droit ne s'ouvre qu'incomplètement.

Après quelques jours d'émétine, pénicilline, auréomycine, les douleurs sont identiques, la température est à 39°, on entreprend alors une cure de roquessine qui amène rapidement la disparition de tous les symptômes.

N° 10. — *B... Charles* : Sergent-Chef de 30 ans, rapatrié sanitaire de Madagascar où il a fait paludisme et amibiase.

Ce malade est vu une première fois pour : asthénie, inappétence, amaigrissement important, céphalées, frilosité, crises douloureuses de l'hypocondre droit, le tout depuis près d'un an. L'examen ne montre qu'une légère hépatomégalie douloureuse, apyrexie. Les douleurs hépatiques s'étant atténuées, le sujet rentre chez lui.

Il revient un mois après, subfébrile, avec une hépatomégalie très douloureuse, M. de l'E. positive, signe de Murphy positif. Le traitement par l'émétine d'abord, puis par la roquessine entraîne une guérison rapide. A noter qu'à son second séjour, sa N.F. montrait 9.600 G.B. avec 79 % P.N.

N° 11. — *G... Lucien*. — Maréchal des logis de 25 ans, paludisme ancien et amibiase hépatique éteinte depuis 2 ans.

Depuis un mois, il présente des épisodes fébriles accompagnant des gonalgies qui cèdent au salicylate. A l'entrée, température à grandes oscillations, état général très atteint, amaigrissement important. A l'examen, hépatomégalie douloureuse, la M. de l'E. est positive. La formule sanguine est normale ; on note cependant une leucocytose notable :

Poly. neutro	56 %	G.B.	4.320.000
Poly. eosino.	3 %	G.B.	13.600
Lymphocyte	31 %		
Monocyte	10 %		

Après quelques jours d'émétine pénicilline auréomycine, on note déjà une nette amélioration. On fait suivre la cure émetinienne d'une cure de roquessine. A sa sortie, il a repris 4 kg. 500 et on note une guérison clinique et biologique complète.

N° 12. — *S... Pedro* : Soldat de 21 ans, a fait pendant son séjour en Corée, paludisme et dysenterie amibienne.

Actuellement asthénique, il vomit fréquemment, a maigri de 10 kg. en 3 mois et se plaint de douleurs vives au niveau de l'hypocondre droit. Il est apyrétique. A l'examen, on note

une hépatomégalie douloureuse dépassant de 3 travers de doigts le rebord costal, M. de l'E. positive. Sa N.F. montre :

G.R.	4.725.000	Poly. neutro.	31 %
G.B.	7.800	Poly. éosino.	8 %
		Lymphocyte	57 %
		Monocyte	4 %

On entreprend un traitement éméline pénicilline, puis roquessine, calcium, phénergan, gardénal, qui amène rapidement la guérison. A noter pendant le traitement émélinien une hypothermie entre 35°5 et 36°5 pendant toute la durée de la cure.

Il revient dans le service un mois après avec le même tableau clinique. La N.F. montre alors 9.600 G.B. avec 62 % P.N. On reprend alors le même traitement. Les signes cliniques et biologiques disparaissent ; à sa sortie, le foie est à peine palpable.

N° 13. — A... *Réjanne* : fait partie du personnel féminin de l'armée. Abscès amibien du foie en 1950 au cours d'un séjour en Indochine. Elle passe 2 ans sans manifestation d'amibiase.

Actuellement, alors qu'elle présente des hépatalgies depuis un an, la température est à 39°, le foie est très douloureux à la palpation. La N.F. montre une hyperleucocytose importante avec une polynucléose neutrophile normale.

Poly. neutro.	70 %
Poly. éosino.	1 %
Lymphocyte	23 %
Monocyte	6 %

Une cure éméline pénicilline se montre rapidement efficace.

N° 14. — L... *Roland* : Sergent de 22 ans, ayant eu une dysenterie amibienne il y a un an.

Depuis un mois, il est asthénique, anorexique, a beaucoup maigri. A l'entrée, on note température 38°5, douleur au niveau de l'hypocondre droit, M. de l'E. positive. La vitesse de sédimentation globulaire est très accélérée : 124/133. Sa N.F. montre une anémie hypochrome légère, 8.600 G.B. avec 84 % de P.N. La radiographie objective une voussure volumineuse de la coupole diaphragmatique droite. Une ponction exploratrice hépatique ramène du pus chocolat.

Après une cure émélinienne, on note apyrexie, disparition des douleurs, reprise de poids. On prescrit un traitement

de consolidation : roquessine, phénergan, calcium, gardénal. La guérison a donc été obtenue par le traitement médical seul et grâce à une thérapeutique d'entretien longtemps prolongée, le malade, revu plusieurs mois après, n'a plus présenté le moindre incident.

N° 15. — *K... Heintz* : Soldat de 29 ans, pendant son séjour en Indochine, a fait une dysenterie amibienne pour laquelle il eut plusieurs cures émétiniennes, la dernière ayant été prescrite il y a un an.

Hospitalisé dans une clinique d'une ville voisine le mois dernier pour un épisode hépatique douloureux qui fit porter le diagnostic de coliques hépatiques, il fut traité par des antispasmodiques qui atténuèrent les phénomènes douloureux. Il fut transféré après 15 jours de traitement à l'hôpital militaire Legouest, Metz.

A l'entrée, c'est un syndrome diarrhéique constitué par des selles pâteuses avec amaigrissement et asthénie. L'examen met en évidence une hépatomégalie spontanément douloureuse avec M. de l'E. très positive. Les nombreux examens coprologiques sont négatifs.

Le traitement émétinien fait régresser tous les symptômes confirmant le diagnostic d'hépatite amibienne. On le fait suivre de direxiodé puis stovarsol.

N° 16. — *F... Alfred* : Adjudant de 40 ans, paludéen ancien, rapatrié d'Indochine le mois dernier, pas d'antécédent amibien.

Il se plaint de douleurs lancinantes de l'hypocondre droit irradiant vers l'épaule droite depuis plusieurs mois. Actuellement, il est anorexique, très asthénique, apyrétique. L'examen pulmonaire permet d'entendre des râles de la base droite. Le foie légèrement augmenté de volume est très douloureux à la palpation. N.F. : hyperleucocytose et lymphocytose très marquées.

Une cure émétinienne suivie de direxiodé améliore le malade, cependant l'hépatomégalie, quoique diminuée de volume, persiste.

N° 17. — *T... Jean* (1) : Capitaine Aumônier. Séjour en Indochine de 1949 à 1953. Antécédents : Typhus de brousse

(1) Observation publiée par G. ABLARD et LARCAN in *Revue Médicale de Nancy*, nov. 1954.

et amibiase intestinale négligée : par 2 fois on a trouvé des kystes d'*antamöba dysentérica*. N'a suivi aucun traitement spécifique.

Un mois après son retour en France, il présente un état fébrile continu de 39°5 à 40°. Il n'existe aucun signe de localisation, tout au plus le malade signale quelques céphalées, sueurs matutinales, douleurs articulaires erratiques. Pendant un mois d'évolution, toutes les hypothèses sont envisagées, sauf celle de granulie et d'hépatite amibienne. Le malade reçoit mais en vain, des millions d'U. de pénicilline, des grammes de streptomycine et d'auréomycine. Malgré une formule sanguine entièrement normale, une hémoculture et une coproculture négatives, sur la seule foi de la courbe thermique en plateau et malgré un sérodiagnostic positif seulement au 1/200° pour le T.H. chez un sujet vacciné, on porte le diagnostic de typhoïde. Malgré 2 gr. de tifomycine pro die, la température n'a pas cédé au bout d'une semaine de traitement continu. C'est dans ces conditions que le malade entre dans le service de Médecine de l'Hôpital militaire de Metz.

A l'examen, température autour de 39° avec de faibles variations quotidiennes, relativement bien supportées, bien qu'é datant d'un mois. L'état général reste assez bon, le teint est pâle et malgré le magnifique moral de ce malade, l'épuisement, hâté par la diète lactée, est proche. L'attention n'est attirée spontanément vers aucun des principaux appareils. Tout au plus signale-t-on des troubles colitiques avec douleurs sensations de ballonnement et de coliques gazeuses le long du cadre colique, aucun syndrome dysentérique... Le pouls est parallèle à la courbe thermique, entre 100 et 110... La rate est percutable, non palpable, le foie est augmenté de volume sur 2 travers de doigt, non douloureux spontanément, M. de l'E. négative. Devant les difficultés de diagnostic, on se donne quelques jours d'observation. Mais les investigations paracliniques sont décevantes : radiographie pulmonaire normale ; cuti-réaction négative ; V.S. très accélérée, 122/135 ; F.O. normal. La réaction de Chorine-Le Bourdelles est à 1" Vernes avec absence d'hématozoaires sur plusieurs étalements, les hémocultures, 4 fois répétées, restent désespérément négatives, les séro-diagnostic de Wright et intradermo-réaction de Burnet sont négatifs, le séro-diagnostic de Widal est positif au 1/200° pour le T.H. Après un court traitement d'épreuve sans résultat par le salicylate, pour éliminer un R.A.A. strictement fébrile, ayant éliminé typhoïde, brucellose, endocardite maligne lente, septicémie, granulie et paludisme, malgré une formule sanguine blanche strictement normale :

G.R.	3.970.000	Poly. neutro.	73 %
G.B.	7.400	Poly. éosino.	1 %
		Lymphocyte	24 %
		Monocyte	2 %

et plusieurs examens de selles strictement négatifs, on porte le diagnostic d'hépatite amibienne pseudo-septicémique à formule sanguine normale en s'appuyant sur les antécédents du malade et une très légère ascension de l'hémidiaphragme droit sans déformation ni immobilité de celui-ci et sans réaction pleurale associée. On commence un traitement d'épreuve émétine, pénicilline, streptomycine. La température tombe presque instantanément à 38° et le malade accuse pour la première fois une hépatalgie spontanée et provoquée à la pression et à l'ébranlement sans point douloureux exquis et électif. La N.F. se modifie et après 8 jours d'émétine, on note :

G.R.	4.000.000	Poly. neutro.	72 %
G.B.	11.000	Poly. éosino.	1 %

Après 10 jours de ce traitement, la température est en plateau à 38°. Les douleurs hépatiques s'atténuent. On décide la prolongation du traitement anti-amibien par la conessine. La température se stabilise à 37°, l'état général s'améliore, la formule redevient normale. On prescrit un petit traitement d'entretien par direxiodé, stovarsol et toniques généraux.

Le malade a été régulièrement suivi pendant deux années après sa sortie, la guérison s'est parfaitement maintenue.

N° 18. — *G... Jean-Marie* : Sous-Lieutenant qui, au cours de son séjour en Indochine a fait 2 épisodes de dysenterie amibienne. Il y a quelques mois, il aurait fait une « crise de foie » d'une durée de 8 jours. Depuis une semaine, asthénie, anorexie, quelques vomissements, douleurs de l'hypocondre droit et diarrhées.

A l'entrée, malade apyrétique, on note une hépatomégalie très importante, douloureuse dans son ensemble, M. de l'E. très positive. N.F. : 12.600 G.B. et 75 % de Poly. neutro ; sa V.S. est accélérée, 42/90.

Après un traitement constitué par émétine, terramycine, pénicilline, disparition des signes cliniques et biologiques. L'hépatomégalie a presque complètement disparu. On prescrit une cure de conessine.

N° 19. — *P... Gilbert* : Soldat de 24 ans rapatrié sanitaire d'Indochine pour dysenterie amibienne sévère. Rechute après

son retour pour laquelle furent prescrits émétine, stovarsol et direxiole. Il est revu dans le service 3 mois après pour hépatalgie, température à 38°5, troubles digestifs : nausées, anorexie, ballonnement.

À l'entrée, mauvais état général, hépatomégalie très douloureuse, débordant le rebord costal de 4 travers de doigt. L'examen pulmonaire montre à l'auscultation une obscurité respiratoire totale de la base droite : à la radiographie : diaphragme droit surélevé, sinus costo-diaphragmatique droit comblé, pas d'épanchement pleural. On institue dès le premier jour, le traitement : émétine, terramycine, pénicilline, streptomycine. Après quelques jours de traitement, aucune amélioration ni des signes généraux, ni des signes locaux. La N.F. montre 21.000 G.B. avec 84 % Poly. neutro. Le peu d'efficacité du traitement et la formule leucocytaire étant en faveur d'un abcès beaucoup plus que d'une atteinte amibienne diffuse du foie, le malade passe dans le service de chirurgie. La température est alors à 39°5. On pratique une intervention exploratrice au cours de laquelle 2 ponctions hépatiques ne ramènent que du sang pur. On adjoint au traitement institué dans le service de médecine, roquessine, phénergan, gardénal, calcium. La température tombe rapidement, la douleur provoquée persiste. Le malade présente quelques jours plus tard un clocher thermique expliqué par un abcès de la paroi abdominale à liquide hémopurulent stérile.

À sa sortie de l'hôpital, on note une disparition totale des douleurs spontanées, les douleurs provoquées ont diminué. La radiographie montre une hémicoupole droite encore surélevée. Donc, hépatite amibienne sévère incomplètement refroidie. On prescrit un traitement d'entretien. Le malade est démobilisé et perdu de vue.

N° 20. — *L... Bernard* : Sergent-Chef ayant fait un séjour en Indochine de 1951 à 1953, au cours duquel il a présenté une amibiase intestinale.

Depuis 3 jours, température entre 38° et 39°, hépatalgie, nausées. À l'entrée, température à 38°, foie de volume normal, mais douloureux spontanément et à la palpation, la M. de l'E. est positive, la V.S. est très accélérée : 94/103, la N.F. montre une leucocytose à 14.600 avec 83,5 % de P.N.

Traité par émétine, pénicilline, streptomycine, on assiste après une augmentation passagère de la température à 38°5, à la disparition de température et douleurs. Cependant, après une cure de 10 jours de direxiole, la V.S. reste accélérée, 67/88 ; on prescrit auréomycine, puis roquessine, la V.S. est alors à 8/29.

N° 21. — *L... Alix* : Maréchal des Logis de 22 ans, ayant séjourné en Indochine de 1951 à 1953 où il a présenté une amibiase intestinale reconnue et traitée par émétine. Rechute après son retour en France, traitée à domicile par direxiode et ganidan.

Depuis 6 jours : température, anorexie, douleur de l'hypocondre droit, diarrhée constituée par 4 à 5 selles journalières pâteuses. A l'entrée, température à 39°3, douleurs vives de l'hypocondre droit, hépatomégalie débordant de 3 travers de doigt douloureuse dans son ensemble, M. de l'E. très positive. La radioscopie montre un hémidiaphragme droit peu mobile. La N.F., une hyperleucocytose et polynucléose neutrophile très marquées. La V.S. est très accélérée : 115/123. Les examens coprologiques ont toujours été négatifs.

On le traite par émétine et terramycine et au bout de 10 jours, on obtient la guérison clinique. Le malade, à sa sortie, a encore une V.S. à 14/24 ; on prescrit une cure d'entretien de direxiode.

N° 22. — *G... Edgar* : Soldat de 24 ans, ayant fait un séjour en Indochine, de décembre 1951 à septembre 1954, en captivité pendant 3 mois, a présenté un syndrome dysentérique dont la nature ne fut pas précisée, pas d'émétine.

Depuis un mois : amaigrissement important (11 kg.), anorexie. Depuis 8 jours : 2 ou 3 selles diarrhéiques par jour de consistance pâteuse jaunâtre, sans glaire ni sang, avec apparition progressive de douleurs sous-costales droites extrêmement violentes, irradiant dans le dos, accompagnées de nausées, de vomissements, d'un subictère et d'urines troubles.

A l'entrée, malade très asthénique, au teint bistré, facies d'infecté, cependant apyrétique. A l'examen, on note une voussure épigastrique franche, correspondant à une hépatomégalie débordant de 4 travers de doigt. Cette hépatomégalie est exquisement douloureuse à la palpation et la M. de l'E. est positive. On retrouve des points douloureux électifs au palper digital intercostal droit ; coexistant avec la voussure hépatique, la palpation du creux épigastrique y décele un point douloureux maximum. Submâtité nette à la base de l'hémithorax droit. La radioscopie montre une surélévation de l'hémidiaphragme droit avec comblement du sinus costo-phrénique droit. La V.S. est à 63/100. La N.F. ne montre qu'une légère anémie :

G.R.	3.500.000	Poly. neutro.	58 %
G.B.	7.600	Poly. éosino.	12 %
		Lymphocyte	24,5 %
		Monocyte	5,5 %

Le bilan humoral met en évidence une hypoprotidémie avec inversion du rapport sérine/globuline. Les examens coprologiques révèlent une polyparasitose : amibiase, lambliaze, ascaridiose.

Traité dès l'entrée par émétine-terramycine, on note une amélioration de l'état général et la disparition des douleurs provoquées. L'hépatomégalie est inchangée, l'hémicoupe diaphragmatique droite plus mobile, est plus surélevée, la V.S. est plus accélérée, 74/113, et on note l'apparition d'une hyperleucocytose discrète, 10.600. Par la suite, rétrocession de tous les symptômes cliniques. Le traitement éméтинien fut suivi d'une cure de roquessine. Au bout d'un mois de traitement, le malade, revu, est cliniquement guéri : foie indolore de volume normal, V.S. strictement normale, de même que le transit intestinal. On prescrit un traitement d'entretien avec dixiodol, puis stovarsol.

N° 23. — *H... Gauthier* : Sujet de 21 ans, rapatrié récent d'Indochine, a présenté il y a quelques mois une amibiase intestinale.

Depuis 8 jours, température à 39°2 avec selles diarrhéiques glairo-sanglantes. A l'entrée, l'examen permet de noter en outre une hépatomégalie très douloureuse avec douleurs exquis localisées au niveau du lobe gauche, la M. de l'E. est très douloureuse, la V.S. est accélérée, 76/90, la N.F. indique 18.000 G.B. avec 85,5 % de P.N. Les examens coprologiques décèlent de nombreuses formes végétatives d'*entamoeba dysenteriae*.

Au 4^e jour du traitement émétine, terramycine, ne constatant aucune amélioration, nous prescrivons simultanément émétine, auréomycine, roquessine. Après 24 heures, la température tombe à 36°4 le matin, 36° le soir, puis se stabilisera autour de 37°. La V.S., après s'être accentuée, 112/120, passera à 13/29 pour être à 4/7 à la sortie. Parallèlement, la N.F. montrera une nette augmentation de l'hyperleucocytose jusqu'à 24.400, puis sera normalisée à la fin du traitement.

N° 24. — *C... Edmond* : Sergent de 28 ans, paludisme et amibiase intestinale anciens.

Actuellement apyrétique, il aurait fait le jour même de son admission, un accès palustre non confirmé bactériologiquement. Son état général est très altéré, teint bistre, subictère conjonctival. A l'examen, on note une hépatomégalie importante très douloureuse, la pression des espaces intercostaux est aussi douloureuse, la M. de l'E. est positive, la radio-

scopie montre une hémicoupole diaphragmatique droite surélevée et sa partie interne peu mobile est déformée en « brioche », la V.S. est à 50/65, la N.F. indique 12.200 G.B. avec 79 % de P.N. Donc hépatite amibienne à forme torpide.

On assiste à la disparition de tous les symptômes sous l'action du traitement émétinien. On prescrit bemarsal, puis direxiodé. A sa sortie, la V.S. est à 15/32.

Deux mois après, le sujet revient parce que les douleurs de l'hypocondre droit réapparaissent. Son état général est excellent, il est apyrétique. La M. de l'E. est positive, la V.S. est à 12/32, la formule leucocytaire est normale, il y a 12.800 G.B. Après 72 egr. d'émétine, les douleurs ont disparu, la V.S. est à 7/15, la formule sanguine est à peine perturbée.

N° 25. — *B... Charles* : Sergent de 29 ans, paludéen avec rechute récente, a présenté au cours d'un séjour en Indochine, une amibiase intestinale et hépatique qui est restée silencieuse pendant 2 ans.

A son entrée dans le service, il présente une laryngo-trachéite qui motiva son hospitalisation et qui cédera rapidement après un traitement local banal. Malade subfébrile, se plaint à peine de son hypocondre droit, cependant, la palpation met en évidence une hépatomégalie douloureuse, des points douloureux des espaces intercostaux avec M. de l'E. très positive. La radioscopie montre un hémidiaphragme droit net et peu mobile. La V.S. est à 18/34. La N.F. montre une forte éosinophilie.

G.R.	4.528.000	Poly. neutro.	40,5 %
G.B.	10.200	Poly. éosino.	19,5 %
		Poly. baso.	1 %
		Lymphocyte	28 %
		Monocyte	11 %

Après une cure émétinienne complète, le malade reste subfébrile, les douleurs persistent ; la V.S. qui était passée à 8/30 est à 15/35. Devant l'échec de l'émétine, on prescrit une cure de roquessine et à la fin du traitement, le malade sort complètement guéri avec V.S. et N.F. strictement normales.

N° 26. — *B... Robert* : Soldat de 23 ans, aucun antécédent amibien malgré un séjour de 2 ans en Indochine.

Hospitalisé avec le diagnostic de cholécystite aiguë, le malade raconte que depuis 3 jours, il a présenté brutalement

des douleurs sous-costales droites non irradiées intenses avec nausées et température entre 38° et 39°.

A l'entrée, le sujet est en mauvais état général, la température qui est à 38°3 montera à 39°4 le soir même. On note une nette défense de la paroi abdominale au niveau des 2 hypocondres droit et gauche, par ailleurs douleurs hépatiques à la pression digitale des régions intercostales. La radioscopie montre une coupole diaphragmatique droite non déformée mais respirant peu. Malgré l'aspect chirurgical de l'affection, l'absence d'antécédent amibien, en se basant sur la notion d'un séjour indochinois récent et sur les signes de souffrance hépatique, on entreprend un traitement conjugué émétine, terramycine et l'on demande l'avis du chirurgien qui conseille l'expectative armée. Le lendemain, le diagnostic d'hépatite amibienne se confirme, la défense de la paroi est moins intense que la veille, les phénomènes douloureux provoqués sont toujours aussi importants, la température est à 38°3, le pouls est régulier et bien frappé, non accéléré. La V.S. est à 40/90 ; la N.F. est à peine perturbée.

G.R.	4.352.000	Poly. neutro.	71,5 %
G.B.	10.600	Poly. éosino	4 %
		Lymphocyte	21,5 %
		Monocyte	3 %

L'épreuve thérapeutique confirme le diagnostic : l'apyrexie est obtenue au bout de 48 heures. On note rapidement : disparition des phénomènes douloureux, reprise pondérale et amélioration de l'état général. On prescrit roquessine, puis direxide.

N° 27. — *C... Serge* : Sergent de 26 ans, récemment arrivé d'Indochine où il a présenté une amibiase intestinale qui a rechuté 2 fois l'année dernière.

Hospitalisé avec le diagnostic de syndrome pleural, ce malade nous dit que depuis un mois, il se plaint de douleurs au niveau de l'hypocondre droit et de l'épaule droite ; il est subfébrile, d'autre part, asthénique et dyspnéique.

A l'entrée, il est très asthénique, sa température est à 38°8, il se plaint d'un point de côté sous-mamelonnaire droit, sa dyspnée est importante, accompagnée d'une toux sèche sans expectoration.

L'examen pulmonaire : diminution des vibrations vocales à la base droite, submatité dans cette même aire où le murmure vésiculaire est très fortement diminué, en imposant pour une pleurésie. Une ponction pleurale est effectuée dès l'en-

trée ; elle reste blanche. On constate en effet à la radioscopie l'absence d'opacité de type pleural, mais une immobilité totale de l'hémi-diaphragme droit qui est très bombé, réalisant une image en « brioche ».

L'examen abdominal montre un foie de volume normal avec des points douloureux intercostaux à la pression digitale dans la région sous-mamelonnaire droite, la M. de l'E. est très positive. La V.S. est à 60/93. La N.F. montre une leucocytose sanguine très modérée avec formule leucocytaire non perturbée.

G.R.	4.448.000	Poly. neutro.	64 %
G.B.	9.200	Poly. éosino.	4,5 %
		Lymphocyte	25 %
		Monocyte	6,5 %

Le traitement éméтинien amène rapidement la disparition des signes cliniques. On le fait suivre d'une cure de roquesine. Au 10^e jour du traitement, on obtient une guérison clinique totale. La V.S. est à 8/25, confirmant l'extinction du processus inflammatoire. A la radioscopie, la coupole droite a gardé son aspect bosselé, mais elle est cependant plus mobile.

N° 28. — *C... Marcel* : Lieutenant de 46 ans, rapatrié d'Indochine il y a 2^e mois, où il a présenté une amibiase intestinale avec de nombreuses rechutes. Brutalement, il y a 15 jours, il a présenté des douleurs au niveau des hypocondres droit et gauche avec impression de distention au creux épigastrique, de même qu'une température à 39°. Quelques jours après, ce furent des douleurs intenses dans la région sous-costale droite et l'épaule droite. Les douleurs disparaissent par la suite, sauf un point hépatique. La température persiste. Ainsi, forme au départ à la fois fébrile et douloureuse qui devient par la suite presque uniquement fébrile.

A l'entrée, température à 39°, asthénie intense, anorexie. L'examen pulmonaire : submatité et diminution du murmure vésiculaire au niveau de la base droite ; la radioscopie met en évidence une voussure nette de la coupole diaphragmatique droite, la radiographie, un épanchement au niveau du sinus costo-diaphragmatique droit. La palpation abdominale permet de limiter une hépatomégalie légère, on trouve des points douloureux intercostaux à la pression digitale, la M. de l'E. est positive. La V.S. est accélérée, 76/112. La N.F. montre une leucocytose très modérée avec formule leucocytaire non perturbée.

G.R.	4.176.000	Poly. neutro.	59 %
G.B.	9.600	Poly. éosino	5,5 %
		Lymphocyte	26 %
		Monocyte	9,5 %

Malgré 5 jours d'émétine, les douleurs hépatiques deviennent plus intenses, la température dépasse 38°, on note une contracture de l'hypocondre droit. On prescrit la roquessine. Radiologiquement, l'épanchement pleural droit est plus important, on note l'apparition d'une réaction pleurale discrète gauche. Au 7^e jour du traitement par la roquessine, disparition totale des douleurs spontanées provoquées, l'hypocondre droit est parfaitement souple. Au 12^e jour, la V.S. est subnormale, 12/24, l'apyrexie constante ; radiologiquement, régression totale du petit épanchement du sinus droit, abaissement de la coupole droite qui est à nouveau totalement visible, aspect normal du cul de sac costo-diaphragmatique gauche. On poursuit le traitement et l'on obtient une guérison clinique complète avec numération formule sanguine normale et V.S. à 3/10.

N° 29. — A... René : Soldat de 32 ans, rapatrié d'Indochine récemment où il a fait une amibiase intestinale. Il y a une semaine, il a présenté une douleur intense de la région sous-costale droite avec scapulalgie droite, dyspnée importante, température à 39°5.

A l'entrée, température à 39°4, malade dyspnéique et asthénique. L'hypocondre droit est douloureux, avec une défense de la paroi, hépatomégalie douloureuse, M. de l'E. positive.

L'examen pulmonaire : submatité et diminution nette du murmure vésiculaire de la base droite. A la radioscopie, on voit une hémicoupole droite fortement tombée et immobile, la radiographie montre un épanchement au niveau du cul de sac costo-diaphragmatique antérieur droit. La V.S. est à 84 à la fin de la première heure. Au 3^e jour du traitement émélinien, la température persiste élevée avec grandes oscillations, 38°5 le matin et 40° le soir. On note une réaction ordémateuse au niveau du gril costal droit, contracture de la paroi abdominale au niveau de l'hypocondre droit. La N.P. : 82 % P.N. et 11.600 G.B.

Au 5^e jour, en raison de l'insuffisance de l'émétine, on ajoute la roquessine. Après 24 heures, on note une amélioration considérable subjective et objective : régression des douleurs, chute thermique et diminution de la V.S.

Dans les jours qui suivent, on assiste à une reprise des

phénomènes douloureux, une ascension thermique, réapparition de contracture de la paroi de l'hypocondre droit, la N.F. montre 12.000 G.B. et 76 % P.N., la V.S. est à 18 à la première heure. A la radioscopie on découvre une opacité homogène masquant la coupole diaphragmatique droite d'allure liquidienne. La ponction exploratrice ramène un liquide séro-fibrineux légèrement trouble exempt de germe et renfermant 75 % de P.N., culture négative. On ajoute au traitement pénicilline et terramycine.

Quelques jours après, apyrexie constante, régression complète des douleurs, N.F. : 8.200 G.B. et 55 % P.N.; à noter à la phase de guérison, la réapparition d'une éosinophilie initialement disparue. Cependant, il reste des séquelles pleurales importantes de cette hépatite aiguë compliquée d'épanchement séro-fibrineux, le sinus reste comblé. Le malade reste hospitalisé en surveillance.

N° 30. — *G... Gilbert* (1) : Maréchal des Logis ayant séjourné en Indochine de 1950 à 1952. Antécédent de paludisme et d'amibiase intestinale. Notion de plusieurs cures émétiniennes.

Depuis 3 mois, il souffre de la région épigastrique et de l'hypocondre gauche. L'examen révèle un gros foie très légèrement douloureux au niveau du lobe gauche. La radioscopie montre une hypocinésie diaphragmatique droite avec bombement localisé en minaret.

Le malade est apyrétique, mais la V.S. est à 65/110. La N.F. est strictement normale :

G.R.	4.800.000	Poly. neutro.	69 %
G.B.	7.800	Poly. éosino.	1,5 %
		Lymphocyte	25 %
		Monocyte	3,5 %

Tout était cependant en faveur d'une hépatite amibienne et sous l'effet du traitement émetinien, après une exacerbation passagère de la douleur, une discrète élévation thermique à 38° et une apparition dans la N.F. d'une légère leucocytose à 10.000, tout rentre rapidement dans l'ordre.

N° 31. — *S... Antoine* : Sergent de 29 ans ayant séjourné 5 ans en Indochine, dont 2 mois de captivité au cours de laquelle il a maigri de 10 kg. et a présenté un épisode diarrhéique fugace. Aucun autre antécédent.

(1) Observation publiée par G. ABLARD et LARCAN in *Revue Médicale de Nancy*, nov. 1954.

Il entre dans le service parce que, il y a une semaine, il a fait un accès fébrile à 39°8, accompagné de céphalées. D'autre part, depuis son retour en France, malgré plusieurs cures de repos et thérapeutiques variées, il reste très asthénique, il signale cependant une certaine reprise pondérale. A l'examen, on note un teint bistre et un subictère conjonctival. Les examens de tous les appareils sont désespérément négatifs. Cependant, la radioscopie montre une diminution de l'amplitude de la cinématique diaphragmatique droite ; la radiographie, une légère surélévation de l'hémicoupe diaphragmatique droite en particulier de sa partie antérieure. La N.F. est normale.

Malgré l'absence de signes fonctionnels d'une atteinte hépatique, malgré l'absence d'antécédents amibiens vérifiés, l'association d'une asthénie profonde, d'un aspect radiologique diaphragmatique évocateur d'une amibiase hépatique, de la notion d'un séjour indochinois, on est conduit à faire un traitement éméтинien d'épreuve. Pour la première fois depuis plusieurs mois, l'asthénie disparaît complètement et le sujet peut reprendre une vie normale. Il faut signaler que les examens radiologiques ultérieurs sont identiques aux premiers, sauf la cinématique diaphragmatique qui a repris une amplitude un peu plus importante.

N° 32. — *M... Raymond* : Caporal, a fait un séjour en Indochine de 1951 à 1953 au cours duquel il présente un épisode diarrhéique non étiqueté. Depuis son rapatriement, ce sont des alternatives de diarrhée et constipation.

Depuis avril 1955, une température importante s'installe accompagnée d'un amaigrissement brutal, d'anorexie et d'asthénie. On trouve des amibes dysentériques dans les selles. On pratique à l'Hôpital militaire de Toulouse, un traitement éméтинien pendant 10 jours. Un mois et demi après, on assiste à une reprise du syndrome auquel s'ajoutent des arthralgies qui font penser pendant quelques jours à un R.A.A. Une seconde cure éméтинienne amène une guérison clinique rapide.

A son entrée dans le service et depuis 4 jours, le malade est fébrile, 38°5. Il se plaint d'hépatalgies et d'arthralgies localisées aux genoux et à l'épaule droite. Il est pâle et asthénique. L'examen met en évidence un foie de volume normal très douloureux au niveau du lobe droit. La M. de l'E. est très positive. La rate est perçue. La percussion thoracique décele une légère mâtité de la base droite. Radiographie pulmonaire : discrète réaction pleurale au niveau du cul-de-sac costo-diaphragmatique droit. La N.F. : 10.000 G.B. avec 69 % P.N. La V.S. : 101/110.

Après 8 jours de roquessine administrée parce que la période de toxicité émétinienne n'était pas encore terminée, on note : régression importante de l'hépatalgie, amélioration de l'état général, le foie est moins douloureux au palper. La M. de l'E. est négative, cependant la V.S. reste élevée, 102/118. Le malade conserve le teint bistre caractéristique. La V.S. restant élevée, 77/98 après 5 gr. 5 de roquessine, on entreprend une cure émétinienne qu'il faut interrompre après 48 cgr en raison des malaises divers qu'il est possible d'attribuer au médicament : inappétence, précordialgie, arthralgie diffuse, céphalées. Cependant, la V.S. est tombée à 18/51.

A sa sortie, on note une importante amélioration de l'état général, une reprise de poids, et la disparition des douleurs : la N.F. indique 5.600 G.B. avec 67 % P.N., la V.S. est à 4/8. La radiographie pulmonaire montre « un aspect très légèrement émoussé du sinus antérieur droit, en régression nette par rapport aux précédents examens ».

CHAPITRE II

L'exposé de ces 32 observations d'hépatites amibiennes montre encore une fois que les formes atypiques, qui parfois firent longtemps errer le diagnostic, ne sont pas l'exception. Pour préciser l'importance de ces formes atypiques et en particulier celles qui se caractérisent par l'absence de stigmates hématologiques, nous nous proposons, dans une première partie, de répartir ces 32 hépatites amibiennes dans les divers paragraphes de la classification citée dans l'introduction. La seconde partie sera consacrée à des déductions pratiques concernant le diagnostic et la thérapeutique.

PREMIERE PARTIE

Classification anatomique

Nous n'envisagerons pas la classification anatomique puisqu'il ne nous a jamais été donné de pratiquer des vérifications anatomiques au cours de ces cinq dernières années. Dans les 2 observations que nous possédons et qui mentionnent soit une intervention chirurgicale pour évacuation de pus amibien (N° 3), soit une ponction hépatique exploratrice (N° 14), il s'agit de malades qui furent soit opéré d'urgence six mois après avoir quitté le service, soit ponctionné avant leur admission. Nous passerons donc directement à la classification clinique.

Classification clinique

A. — Les manifestations hépatiques habituelles de l'amibiase intestinale aiguë.

« Sensation de pesanteur hépatique..., simple hyperhémie hépatique », selon M. Payet, ne se retrouvent pas dans nos observations qui ne concernent que des cas d'amibiase hépatique caractérisée. Deux de nos malades, N°s 22 et 23, présentaient une amibiase intestinale concomitante ; l'atteinte hépatique était chaque fois sévère et dépassait de beaucoup la simple réaction hépatique d'accompagnement.

B. — L'amibiase hépatique aiguë classique.

Elle représente le groupe le plus important de nos observations.

— Nous distinguerons d'abord 12 cas typiques où chaque fois le malade se présente avec les signes classiques de l'hépatite amibienne : N^{os} 2, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 19, 20, 21, 23.

Trois autres malades, N^{os} 15, 18 et 24, étaient apyrétiques à l'entrée, constituant des formes uniquement douloureuses d'hépatites amibiennes.

— Deux malades, N^{os} 1 et 28, firent des formes uniquement fébriles. L'observation N^o 1 est déjà à la limite des formes classiques puisque seul le traitement éméthinien d'épreuve confirma le diagnostic de façon absolue. Quant à l'observation N^o 28, le malade nous dit avoir présenté des douleurs intenses au niveau des hypocondres droit et gauche; quand il vint à nous, les douleurs avaient disparu; il fit par ailleurs des épanchements pleuraux réactionnels aux deux bases qui, avec l'intensité des signes cliniques, la bilatéralité des douleurs primitives, les difficultés thérapeutiques, peuvent faire penser que l'atteinte de la glande hépatique était globale.

— Deux fois seulement sur nos 32 cas, il nous a été donné d'affirmer l'existence d'une suppuration. L'observation N^o 14 constitue la forme classique de l'amibiase hépatique aiguë suppurée. L'observation N^o 3, dans une première phase est celle d'une forme classique d'hépatite amibienne sans préjuger de l'existence d'une suppuration, dans une seconde phase 6 mois plus tard, c'est le tableau d'une péritonite amibienne dont l'étiologie n'avait pas été envisagée par les chirurgiens avant l'intervention. Il n'est pas impossible que nous ayons laissé passer des formes abcédées refroidies par les moyens médicaux, tant le diagnostic de ces formes est délicat par le seul examen clinique. Deux fois nous avons présenté des malades à la consultation chirurgicale, N^{os} 2 et 26, malades pour qui le diagnostic d'abcès

amibien du foie fut soit écarté, soit envisagé avec le conseil de demeurer dans l'expectative armée sous couvert des traitements amœbicides.

C. — Variantes cliniques.

Nous les avons groupées sous trois rubriques : celle des formes symptomatiques, celle des formes topographiques, celle des formes évolutives.

1° FORMES SYMPTOMATIQUES :

Elles comprennent des formes frustes, des formes respiratoires, des formes pseudo-septicémiques, des formes sans stigmates hématologiques.

Le premier groupe comprend les formes frustes pour lesquelles M. Chiray et P. Chêne ont dit qu'il convenait « d'y penser et d'y croire, de s'accrocher aux données les plus larges de contagé..., de généraliser l'usage des épreuves thérapeutiques ». La première observation, N° 10, réalisa à la première hospitalisation du malade cet aspect fruste, aspect de dystonie neuro-végétative où les signes fonctionnels de la série hépatique furent si discrets que le malade rentra chez lui sans traitement. Il fut réhospitalisé un mois après et traité. L'observation N° 25 présente le cas d'un sujet qui fut admis pour laryngo-trachéite; l'amibiase hépatique ne fut ici décelée et traitée qu'après un examen complet systématique. Quant à la troisième, N° 31, elle nous a fait longtemps hésiter; elle est vraiment de celles qui demandent « d'y penser et d'y croire »; le seul argument en faveur du diagnostic était, avec un aspect radiologique évocateur, le traitement émétinien d'épreuve qui fit disparaître une asthénie profonde et tenace, permettant ainsi au sujet de mener à nouveau une vie normale.

Le second groupe est celui des formes respiratoires dont nous avons un exemple typique. Le malade N° 27 est

hospitalisé avec le diagnostic de pleurésie; nous-même sommes conduit à pratiquer une ponction pleurale qui reste blanche. La symptomatologie pulmonaire — dyspnée, point de côté, toux — les données de l'examen clinique nous incitaient à envisager ce diagnostic. La radiologie, éliminant toute opacité de type pleural, montrait l'aspect classique d'une coupole diaphragmatique déformée « en brioche ». Le traitement émétinien suivi d'une cure de roquessine, confirma le diagnostic d'hépatite amibienne à forme respiratoire.

Le troisième groupe, celui des formes pseudo-septiciques, est illustré par la remarquable observation N° 17. Dans un article où ils publièrent celle-ci, G. ABLARD et A. LARCAN soulignent à propos de ce cas :

« L'intérêt d'une amibiase hépatique purement fébrile pouvant en imposer pour une typhoïde, une brucellose, un rhumatisme articulaire aigu, un paludisme, une granulie, bref, posant l'angoissant problème si bien analysé par Fiesinger, des « fièvres continues » dont chaque jour qui passe apporte l'énervement et l'inquiétude ;

— Les difficultés d'un diagnostic fondé sur les antécédents, une anomalie diaphragmatique et surtout le traitement d'épreuve. Celui-ci peut, en pathologie médicale, servir de diagnostic dans un nombre limité de cas. L'amibiase est de ceux-là et si l'on nous objecte que notre malade a reçu, outre l'émétine et la conessine, pénicilline, streptomycine, auréomycine et terramycine, nous répondrons qu'il avait été traité pendant un mois par les antibiotiques seuls et sans succès.

— Enfin, les modifications des signes cliniques et hématologiques sous l'influence du traitement : apparition de douleurs hépatiques et apparition de la leucocytose. » Nous y reviendrons plus loin.

Avec le quatrième groupe, celui des formes sans stigmates hématologiques, nous arrivons aux observations N°s 12, 17, 22, 30, qui furent à l'origine de ce travail. Il

était remarquable de constater que les signes hématologiques faisant partie des signes cliniques classiques de l'amibiase hépatique manquaient totalement chez ces quatre malades. La N. F. initiale de l'observation N° 12 montre une lymphocytose, celles des trois autres sont strictement normales. Perrier, dans sa thèse consacrée aux « Considérations sur la formule leucocytaire de l'amibiase hépatique » rapporte deux observations inédites où les signes hématologiques classiquement évocateurs d'une amibiase hépatique manquent. « La première observation concerne un abcès du lobe gauche découvert à l'autopsie, chez un malade hospitalisé pendant 2 mois et demi pour une fièvre irréducible associée à une hépato-splénomégalie ; la N. F. montre 3.000 leucocytes avec 52 % de poly. neutro. La seconde observation est celle d'une amibiase hépatique dont la clinique et le laboratoire ne permettent pas de préciser le type clinique ; seule l'extrême rapidité d'action de l'émétine (unique preuve de la nature amibienne de cette hépatite), nous autorise à penser qu'il s'agissait ici d'une hépatite pré-suppurative cliniquement camouflée sous une forme pleurale qui seule attira longtemps l'attention ; l'hémogramme montrait à l'entrée 5.400 G.B. avec 34 % de Poly. neutro. » Perrier, par ailleurs, cite la thèse de Lafaye qui « isole 17 variétés d'amibiase hépatique dont le seul élément commun est une constante hyperleucocytose avec polynucléose qui associée à une légère anémie, prend pour l'auteur toute sa valeur diagnostique au milieu de cette variété infinie de formes ». Cette citation démontre de façon probante l'intérêt de ces cas sans stigmates hématologiques. R. Coirault, dans la thèse de Loubignac, rapporte six observations très détaillées de pleurésie séro-fibrineuse au cours d'hépatite amibienne ; il est intéressant de constater que dans trois de ces observations, les N°s 1, 3 et 4, les hémogrammes ne montrent pas les stigmates hématologiques classiques :

N° 1	—	G.B.	6.200
		P.N.	63 %
		P.E.	4 %

N° 3	—	G.B.	5.700
		P.N.	63 %
		P.E.	1 %
N° 4	—	G.B.	6.400
		P.N.	66 %
		P.E.	1 %

Signalons enfin l'observation N° 28 : elle entre dans le cadre des formes à stigmates hématologiques sinon inexistantes, du moins très discrets (9.600 G.B. avec formule leucocytaire normale). La négativité des examens hématologiques ne permet donc pas d'éliminer l'amibiase hépatique et avec Blanc et Siguiet nous reconnaitrons que ces examens sont souvent décevants.

2° FORMES TOPOGRAPHIQUES :

On les divise en formes à évolution thoracique, formes du lobe gauche, formes à évolution antéro-inférieure, formes à évolution postéro-inférieure.

Formes à évolution thoracique : Des formes d'hépatites amibiennes à évolution thoracique constituant ce premier groupe, nous n'avons qu'une observation : N° 29. R. Coirault, H. Coudreau, J. Girard ont, dans une publication récente, exposé les différentes formes que peuvent revêtir ces amibiases hépatiques à évolution thoracique. Notre observation, quoique relatant le cas d'une atteinte pleurale importante ayant laissé des séquelles radiologiques après refroidissement du processus amibien, ne posa pas un problème difficile quant à l'étiologie de cette pleurésie puisque les signes d'atteinte hépatique très importants étaient prépondérants. Nous n'avons pas d'observation d'abcès amibien pleuro-pulmonaire avec ou sans vomique ayant pour origine un foyer amibien hépatique.

Formes du lobe gauche : Vergoz et Hermenjat-Gerin insistaient déjà en 1932 sur le fait que la « migration intrapéricardique reste la plus exceptionnelle complication des abcès du foie et devient de plus en plus rare ». Maiza, dans sa thèse consacrée aux « Abcès amibiens du lobe

gauche du foie » expose une étude de ces formes inhabituelles qui souvent, prêtent aux erreurs de diagnostic les plus déconcertantes. Aucun de nos malades n'a présenté cette complication.

Formes à évolution antéro-inférieure : Dans le troisième groupe, nous avons deux observations qui illustrent ces formes à évolution antéro-inférieure, N^{os} 26 et 3. Dans l'observation N^o 26, le malade entre dans le service avec le diagnostic de cholécystite aiguë. La notion d'un séjour indochinois récent, les douleurs à la pression digitale des régions inter-costales de la base droite au niveau de la ligne axillaire, l'aspect radiologique de la coupole diaphragmatique, nous incitèrent à tenter un traitement émétinien d'épreuve qui confirma le diagnostic. R. Cattan a dit de cette forme qu'elle était une des plus trompeuses. Le malade de l'observation N^o 3, six mois après une première hospitalisation pour amibiase hépatique aiguë, fit une perforation intra-péritonéale d'abcès hépatique amibien qui fut une découverte opératoire, le malade ayant été opéré d'urgence.

Formes à évolution postéro-inférieure : Nous n'avons aucune observation entrant dans ce quatrième groupe des formes à évolution postéro-inférieure simulant un phlegmon périnéphrétique ou une pyonéphrose. R. Cattan en signale l'existence et leur extrême rareté. « Le développement de l'abcès dans la fosse lombaire explique la localisation de la douleur dans l'angle costo-vertébral. On sent dans l'hypocondre une masse qui prend le contact lombaire. Le diagnostic repose sur une séméiologie aussi précise que possible et sur les résultats de l'examen urologique, y compris du cathétérisme des uretères. »

3^o FORMES ÉVOLUTIVES :

Elles groupent les formes suraiguës, les formes subaiguës ou récidivantes et les formes chroniques.

Le « *fulminating abscess* » de Rogers, de pronostic sombre, se voit d'après Payet, surtout « chez des sujets à résistance diminuée, soit par d'excessives fatigues, soit par des tares acquises » et presque toujours dans les régions où l'amibiase sévit à l'état endémique.

Formes récidivantes : Elles constituent le second groupe. Une observation, N° 32, réalise la forme récidivante à court terme de Blanc et Signier, posant un problème thérapeutique par l'existence de la période de toxicité de l'émétine. Il fit 3 rechutes en 4 mois. Nous n'avons eu à traiter que la troisième. La roquessine, seule thérapeutique que nous puissions employer au début de cette troisième rechute eut une action insuffisante. En effet, si les signes cliniques ont disparu en quelques jours, la V.S. est passée de 101/110 à 102/108. Il faut noter l'effet remarquable de l'émétine qui fut reprise à la fin de la cure de roquessine.

L'observation n° 5 est presque une forme récidivante à court terme puisque ce malade fit quatre rechutes en sept mois. Nous l'avons revu un mois après la fin de sa quatrième rechute, son hémogramme montrait à nouveau une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile importante. Nous l'avons perdu de vue depuis. L'observation N° 6 signale sans grande précision que ce malade a fait plusieurs rechutes en un an.

Formes chroniques : Nous n'en voyons jamais puisque nos malades qui sont dans ce domaine de la pathologie uniquement des militaires, sont éliminés de l'armée après être passés devant une commission de réforme lorsqu'ils deviennent chroniques. Aussi nous ne ferons qu'énoncer :

— Les abcès chroniques ;

— Les cirrhoses amibiennes avec lesquelles il faut envisager le problème du « gros foie colonial », dont A. Molinier, C. Pédova, A. Portal, dans une publication assez récente, ont étudié les étiologies possibles souvent intriquées : intoxication alcoolique, paludisme, amibiase, facteurs carentiels accessoires. Solhier a montré dans la thèse de Chas-

tel, après étude histopathologique de 100 P.B.F., que 51 % de ces hépatomégalias n'ont présenté aucune anomalie histologique. C'est dans le cadre de ces formes greffées sur un « gros foie colonial » que nous placerons l'observation N° 16, qui est celle d'un colonial âgé. En effet, après refroidissement par traitement émétinien d'un épisode d'amibiase hépatique, nous avons trouvé une hépatomégalie résiduelle dont nous n'avons pu savoir si son étiologie était l'amibiase seule ou l'amibiase associée au paludisme et l'alcool.

Les formes cachectisantes prenant un aspect pseudo-cancéreux ou pseudo-tuberculeux ;

— Les formes anémiques.

Classification thérapeutique

La classification en formes émétino-curables et émétino-résistantes est difficile. Nous avons en effet souvent prescrit la conessine avant la fin d'un traitement émétinien si celui-ci se montrait immédiatement d'une efficacité faible ou nulle, sans attendre la possibilité d'un effet thérapeutique retardé de l'émétine. Nos traitements émétiniens sont prescrits sans que nous ne restions esclaves du fameux dogme : « 1 cgr. par kg. de poids ». Nous avons en général dépassé cette dose sans n'avoir jamais eu ni accident, ni incident, sans pour cela suivre P. Melnotte qui, dans *Amibiase et émétine*, conclut ainsi : « Le traitement d'attaque émétinien ne doit plus connaître ni les restrictions classiques des doses journalières, ni celles des doses totales de série, ni l'espacement de 45 jours de deux séries consécutives. Il peut utiliser des doses totales plus élevées (série de 1 gr.), des doses journalières atteignant 12 cg. et un espacement de trois semaines de deux séries consécutives et ceci sans danger ». Quant à la conessine, nous l'administrons associée au calcium, gardénal, phénergan, suivant la technique codifiée par Crosnier, Bernier, Molinier, Darbon et Pédova. Enfin, les formes émétino-résistantes ne sont pas seulement celles qui évoluent vers la suppuration.

Les observations N° 8 et 25 permettent de constater l'inefficacité totale d'un traitement émétinien complet et l'effet remarquable de la conessine.

Les observations N°s 9, 19, 23, 28, 29 montrent qu'après quelques jours d'émétine administrée à raison de 8 cgr. pro die, ne constatant alors aucune amélioration, nous avons prescrit simultanément une cure de conessine qui fut d'une efficacité remarquable.

L'observation N° 32 montre qu'à l'occasion d'une troisième rechute, alors que le malade se trouvait en période de toxicité émétinienne, la roquessine eut un effet heureux sur les signes cliniques, effet cependant insuffisant. L'appoint thérapeutique fut fourni par une cure émétienne qui eut une action remarquable.

Nous pouvons donc dire que sur 32 hépatites amibiennes, 2 étaient émétino-résistantes et 5 non améliorées rapidement par l'émétine. Dans tous les cas, la conessine fut une thérapeutique précieuse. Cependant, 1 observation montre l'effet insuffisant de la roquessine et l'action remarquable de l'émétine.

DEUXIEME PARTIE

Nous venons d'insister sur les aspects multiformes et trompeurs que peut revêtir l'amibiase hépatique. Nous avons montré qu'il convenait de ne pas attribuer trop d'importance à certains symptômes dans l'élaboration du diagnostic et en particulier aux données de l'hémogramme. Quels sont donc les tests diagnostiques indiscutables ? Ceci constituera nos déductions pratiques et la fin de ce second chapitre.

L'aspect radiologique de la coupole diaphragmatique ;

- La ponction du foie ;
- La vitesse de sédimentation sanguine ;
- Le traitement d'épreuve constituent, à notre avis, les tests diagnostiques indiscutables.

— « L'examen radiologique permet de noter deux signes d'une importance considérable : l'hypocinésie du diaphragme, sa surélévation » (Blanc et Siguier) souvent associées aux déformations classiquement « en brioche » si évocatrices.

— La ponction du foie, élément formel de diagnostic d'une suppuration hépatique, n'est cependant qu'un geste pré-opératoire, sa positivité entraînant souvent une intervention chirurgicale. Elle demeure le seul moyen indiscutable de distinguer les deux types cliniques de l'amibiase hépatique aiguë : abcès amibien du foie et hépatite amibienne aiguë.

— Nous insisterons davantage sur la vitesse de sédimentation globulaire qui ne s'est imposée en matière d'amibiase hépatique que ces dernières années. Dézoteux, dans sa thèse

intitulée : « La vitesse de sédimentation dans l'amibiase », conclut en soulignant l'importance de cet examen rapide et simple et sa valeur dans la différenciation de l'amibiase colique et de l'amibiase métastatique. F. Blanc, dans un récent article sur « la sédimentation globulaire et l'amibiase », reconnaît « l'absence constante de modification de la V.S. dans toutes les amibiases coliques, même les plus sévères, et d'autre part l'existence de modifications importantes au cours de toutes les amibiases hépatiques ». Une expérimentation étendue lui permet d'ajouter qu'une V.S. qui demeurera élevée malgré un traitement amœbicide signera l'existence d'un processus nécrotique collecté qui demandera une cure chirurgicale après laquelle la V.S. reviendra à la normale si cette cure chirurgicale a été efficace. Une V.S. qui, entre deux poussées d'hépatite amibienne correctement traitée serait normale, signerait l'existence d'un foyer d'ulcération colique, point de départ de l'ensemencement hépatique responsable de la récédive. Nous n'avons pratiqué cet examen systématiquement que depuis un an environ et l'on remarquera que nos premières observations ne mentionnent que rarement la V.S. de nos malades. Rapidement, cet examen s'est imposé à nous tant par sa valeur diagnostique que par le test de guérison précieux qu'il nous a fourni, nous dictant ainsi notre conduite thérapeutique même en l'absence de toute symptomatologie.

— Enfin, autre test diagnostique indiscutable, connu depuis de nombreuses années, toujours d'une valeur certaine : le traitement d'épreuve, qui dans l'amibiase revêt peut-être une importance plus considérable que dans n'importe quel autre domaine de la pathologie. Ceci est certainement le fait de la facilité d'administration du traitement éméтинien, de ses résultats fréquemment spectaculaires et immédiats. Les formes éméтино-résistantes donnent alors d'autant plus d'importance à la conessine.

— Un fait a retenu notre attention qui mérite d'être exposé à la fin de ce travail. Dans 7 de nos observations,

le traitement a déclenché dans les premiers jours de son application, une exacerbation passagère et parfois violente des symptômes, véritable réactivation de l'affection.

Dans l'observation N° 4, c'est une ascension thermique de 1°, ayant duré 36 heures, accompagnée d'une accentuation des stigmates hématologiques.

Dans l'observation N° 17, le malade présente pour la première fois, aux premiers jours du traitement, une hépatalgie et sa N.F., normale initialement, présente alors les caractères classiques décrits dans l'amibiase hépatique.

Dans l'observation N° 20, ce n'est qu'une hyperthermie passagère.

Dans l'observation N° 22, la coupole diaphragmatique apparaît nettement plus élevée qu'à l'entrée. La V.S. passe de 63/100 à 74/113. La N.F., jusque là normale, montre une hyperleucocytose.

Dans l'observation N° 23, c'est une accentuation de l'hyperleucocytose, avec une V.S. qui passe de 76/90 à 112/120.

Dans l'observation N° 28, l'exacerbation de la douleur fut si intense, accompagnée d'une contracture de la paroi abdominale au niveau de l'hypocondre droit que l'on fut obligé de remplacer l'émétine par la roquessine qui amena rapidement la guérison.

Enfin, dans l'observation N° 30, la douleur fut plus importante, le malade jusqu'ici apyrétique, présenta une discrète élévation thermique à 38°, la N.F., normale à l'entrée, montra une leucocytose légère à 10.000.

Parlant de « la réactivation morbide thérapeutique », R. Crosnier conclut en ces termes : « Le concept de la réactivation est formellement démontrée dans la maladie amibienne : réactivation clinique, réactivation parasitologique, réactivation mixte. A cet égard, il est fait état de diverses modalités de la réactivation amibienne et de son importance majeure, tant du point de vue du diagnostic que du point de vue thérapeutique. »

— Nous terminerons cette partie réservée aux déductions pratiques en rappelant le peu de valeur qu'il convient d'attribuer aux signes hématologiques.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié 32 observations d'amibiase hépatique aiguë observées en France dans un même service hospitalier, chez des coloniaux rapatriés.

De cette étude, il résulte une fois encore que l'amibiase hépatique aiguë se présente volontiers sous des aspects atypiques et camouflés. Nous avons en effet constaté :

- 3 formes frustes ;
- 1 forme pseudo-septicémique ;
- 1 forme respiratoire ;
- 1 forme pleurétique ;
- 1 forme à type de cholécystite aiguë ;
- 1 forme péritonéale ;
- 3 formes récidivantes ;
- 1 forme greffée sur une hépatomégalie d'étiologie complexe ;
- 2 formes éméтино-résistantes franches et 5 formes où la roquessine s'est montrée plus rapidement efficace que l'émétine.

Alors que les stigmates hématologiques sont en général considérés comme un des plus fidèles éléments du diagnostic, nous avons observé et étudié plus longuement 4 cas d'amibiase hépatique aiguë sans stigmate hématologique.

Il nous paraît donc nécessaire d'insister encore une fois sur la valeur de quelques moyens de diagnostic éprouvés tels que :

L'image radiologique de la coupole diaphragmatique ;

- La ponction du foie, qui seule peut affirmer l'existence d'une suppuration ;

Le traitement d'épreuve, sans oublier la possibilité d'émétino-résistance et la nécessité de compléter éventuellement le traitement éméтинien par la mise en œuvre de la conessine.

- Nous avons insisté sur la valeur de l'accélération de la vitesse de sédimentation sanguine comme test de diagnostic et surtout de guérison.

— Nous avons terminé en montrant la place occupée par le concept de la réactivation en matière d'amibiase hépatique.

Vu :

LE DOYEN :

H. HERMANN.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

SOHIER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 Août 1955

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

- ABLARD (G.) et LARCAN (A.). — Hépatites amibiennes pseudo-septicémiques et à formule sanguine normale. *Revue Médicale de Nancy*, 1954, 79, 828.
- BLANC (F.). — Sédimentation globulaire et amibiase. *La Presse Médicale*, 1955, 63, 753.
- BLANC (F.) et SIGUIER (F.). — L'Amibiase. Etude clinique et thérapeutique. *L'Expansion Scientifique Française*, 1950.
- CATTAN (R.). — Les formes atypiques des hépatites amibiennes. *La Presse Médicale*, 1948, 56, 212-A.
- CHASTEL. — Recherches histologiques sur l'étiologie et la pathogénie du « gros foie colonial ». A propos de 100 cas chez des Européens ayant séjourné en zone tropicale ou subtropicale, étudiés par ponction biopsie hépatique. *Thèse Lyon*, 1952.
- CHIRAY (M.) et CHÉNE (P.). — Les formes frustes de l'amibiase hépatique. *Gazette Médicale de France*, 1950, 57, 771.
- COIRAULT (R.), COUDREAU (H.), GIRARD (J.). — L'Amibiase intra-thoracique. *La Semaine des Hôpitaux*, 1955, 31, 1591.
- CROSNIER (R.). — La réactivation morbide thérapeutique. Application du concept à la maladie amibienne. *La Presse Médicale*, 1951, 59, 1593.
- DÉZOTEUX. — La vitesse de sédimentation dans l'amibiase. *Thèse Bordeaux* 1951.
- LAFAYE. — Aspects cliniques des abcès amibiens du foie. *Thèse Paris* 1953.
- LOUBIGNAC (G.). — Les pleurésies séro-fibrineuses au cours des hépatites amibiennes. *Thèse Alger* 1953.
- MAIZA. — Abcès amibien du lobe gauche du foie. *Thèse Paris* 1948.

MELNOTTE (P.). Amibiase et Emétine. *La Presse Médicale*, 1950, 58, 870.

MOLINIER (A.), PÉDOVA (C.), PORTAL (A.). — A propos de quelques aspects actuels des hépatomégalies des coloniaux rapatriés. *Gazette des Hôpitaux*, 1953, 126, 517.

PAYET (M.). Amibiase hépatique. *Gazette Médicale de France*, 1950, 57, 763.

PERRIER (P.). Considérations sur la formule leucocytaire de l'amibiase hépatique. *Thèse Paris* 1955.

VERGOZ et HERMENJAT-GERIN. - Des ruptures des abcès amibiens du foie dans les cavités séreuses. *Revue de Chirurgie*, 1932, 70, 680.

Pour toute bibliographie antérieure à 1950, se reporter à l'ouvrage de F. Blanc et F. Siguier, cité plus haut.

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
<i>Chapitre premier.</i> — Résumé des observations	15
<i>Chapitre II.</i>	
Première partie :	
Classification anatomique	38
Classification clinique	38
Classification thérapeutique	46
Deuxième partie	48
Conclusions	51
Bibliographie	53

